

Declaraciones y autorizaciones del asegurado

En caso de haber aceptado adquirir el o los seguros con **MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.** (la "ASEGURADORA") como entidad aseguradora aliada del Banco Finandina S.A. BIC, con la firma de este formulario autorizas y/o declaras de manera voluntaria y expresa lo siguiente:

1) Autorizaciones: Autorizas a la aseguradora a recolectar, almacenar, usar, suprimir, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, transferir o transmitir tanto a nivel local como a terceros países y disponer de tus datos personales, incluidos los sensibles. La presente autorización se hace extensiva a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de la ASEGURADORA, a quien represente los derechos de la ASEGURADORA, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien esta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual.

A.-) Finalidades del tratamiento de los datos suministrados: (i) el trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero; (ii) el proceso de negociación de contratos con la ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos; (iii) la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; (iv) el control y la prevención del fraude y el lavado de activos y la financiación del terrorismo; (v) la liquidación y el pago de siniestros; (vi) controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; (vii) la elaboración de estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado en general, estudios de técnica aseguradora; (viii) Envío de información y gestión telefónica (call centers) relativa a la educación financiera encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; (ix) envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables; (x) consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; (xi) almacenamiento y conservación de huellas dactilares. El tratamiento podrá ser realizado directamente por la ASEGURADORA o por encargados del Tratamiento que esta considere necesarios o designe, en el desarrollo de su objeto social, para cumplir las finalidades antes mencionadas.

B.-) Derechos del titular: Como titular, tienes derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder a esta autorización y revocar la misma, solicitando también la eliminación de tus datos.

C.-) La ASEGURADORA es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.metlife.com.co o solicitando una copia a servicio.cliente@metlife.com.co o en las líneas de atención (601)3077049 en Bogotá o 01 8000 912 200 a nivel nacional.

D.-) Datos sensibles: Todas las respuestas aquí formuladas relacionadas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, declaras que no has sido obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

E.-) Si por alguna razón has entregado a la Aseguradora información de otras personas, tú certificas que tienes autorización para ello y que compartirás con esa persona la Política de Privacidad de Datos de la ASEGURADORA.

2) Declaraciones: Declaras conocer, entender y aceptar que:

A.-) Libertad de Elección de Aseguradora: Fui/debido informado de tu derecho como consumidor financiero a optar por contratar el seguro con una aseguradora distinta a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. como aliada del Banco.

B.-) Autorización de revisión de HC - Historia Clínica: autorizas en vida y aún después de muerto, para que cualquier médico, clínica, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o Entidad Promotora de Salud (EPS) suministre a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. la información que requieran, relacionada con tu estado de salud o historia clínica.

C.-) Terminación Automática del Contrato de Seguro: De acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima de tu seguro de vida dentro del mes siguiente a su vencimiento producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura. Como constancia de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmas el presente formulario.

D.-) Renovación automática: Autorizas que la póliza de Seguro de vida y Accidentes personales sea renovada. Igualmente declaras que conoces que el valor asegurado aumentará anualmente de acuerdo con el IPC del año inmediatamente anterior, y que el valor de la prima cambiará de acuerdo con el comportamiento de la cuenta.

E.-) Tu profesión u oficio declarados en la presente solicitud son lícitos y las ejerces dentro de los marcos legales y no practicas deportes o aficiones que afecten tu integridad.

F.-) Constancia de asesoría: Queda constancia que has leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales puedes formular una petición, queja o reclamo.

G.-) Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión error o retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio y demás normas aplicables.

Habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, firmo a los días del mes de del año

en la ciudad de

Firma del solicitante

Huella

C.C.:

Espacio para diligenciamiento del Banco

Lugar: Fecha: Hora: N° de identificación:

Nombres y Apellidos de quien efectuó la entrevista y vinculación:

Cargo de quien efectuó la entrevista, vinculación y aprobación:

Nombre y firma de quien efectuó la visita presencial

Se respiran aires de libertad.

Bienvenido a una nueva era en la que todo será aún más fácil.



Pero, ¿qué es ser libre?



Es olvidarte de pagar por retirar tu dinero



Es pagar de una manera más fácil desde tu celu



Es disfrutar nuestros productos en un parpadear

Descubre más formas de liberarte en www.bancofinandina.com



Banco Finandina
Banca libre

FORMULARIO ÚNICO DE VINCULACIÓN

Hola, queremos saber más de ti para darte el producto que necesitas. Ayúdanos con esta información:



Persona natural

Tú eres Titular principal Segundo titular Codeudor/Avalista

Elige el producto que necesitas

Crédito de Libre Inversión Crédito de Libranza Tarjeta de Crédito Crédito de Vehículo Leasing de vehículo

Monto solicitado \$ Si elegiste un crédito, escribe el plazo en meses

Si necesitas crédito para vehículo, cuéntanos: ¿es nuevo? o ¿usado? ¿Qué marca? ¿Cuál es la línea del vehículo?

Es para uso: público particular ¿Qué modelo? (año)

¿Qué precio tiene? \$ ¿Cuánto deseas financiar? \$ Cuota inicial \$

¿Qué plan financiero te gustaría tener? Valor del chasis (si es camión o bus): \$

Valor carrocería (si es camión o bus): \$ Monto opción de compra (aplica para leasing)

Fecha de corte para tarjeta de crédito 2 17

Queremos conocerte

¡Empecemos! ¿Qué tipo de identificación tienes? CC CE TI PA ¿Cuál es tu número de identificación?

¿Cuál es la fecha de expedición? DD MM AAAA ¿En qué ciudad se expidió tu documento de identidad?

Escribe tu(s) nombre(s) Ahora tus apellidos

¿Eres hombre mujer o prefieres no especificarlo ? ¿En qué fecha naciste? DD MM AAAA ¿En qué país naciste?

¿En qué ciudad naciste? ¿Cuál es tu estado civil?

N° de personas a cargo ¿Cuál es tu profesión?

¿Qué ocupación tienes? Empleado Independiente Hogar Estudiante Pensionado Rentista de capital

¿En qué ciudad vives? ¿Cuál es la dirección de dónde vives?

¿Cuál es tu número telefónico fijo? ¿Y celular?

¿Y tu correo electrónico?

¿Tipo de vivienda en la que vives? Propia con hipoteca Propia sin hipoteca Arriendo Familiar

¿Dónde deseas recibir tu correspondencia? Correo electrónico Correo físico

¡Gracias! Ahora información de tu actividad económica

Dinos el nombre de tu empresa o la empresa en donde eres empleado

Escribe su dirección ciudad y teléfono

Si eres **empleado**, ¿qué tipo de contrato tienes? ¿cuándo iniciaste el contrato? DD MM AAAA

Escribe el correo electrónico empresarial, si tienes.

Si eres **independiente**, ¿A qué sector económico perteneces? ¿Con cuántos empleados cuentas?

¿Cuál es tu código CIU? ¿Cuál es la fecha de constitución en Cámara de Comercio o expedición del RUT? DD MM AAAA

¿Cuánto tiempo de actividad tiene tu empresa o negocio?

Si eres **pensionado**, dinos desde qué fecha DD MM AAAA ¿Cuál es la entidad que paga tu pensión?

Si solicitaste crédito de libranza, ¿a qué convenio perteneces?

Ahora tu información financiera

¿Cuál es tu ingreso básico? \$ ¿Tienes ingresos variables? Escribe el monto \$

¿Tienes algún otro ingreso mensual? \$ Por favor totaliza tus ingresos mensuales \$

¿Cuántos son tus gastos financieros mensuales? \$ ¿Cuántos son tus gastos personales mensuales? \$

Por favor totaliza tus gastos mensuales \$

Total activos \$ Total pasivo \$ ¿Declaras renta? Sí No

